

Tratamiento multidisciplinar odontológico para la rehabilitación en el paciente adulto.

García Gutiérrez, Pablo

Autor del Trabajo de Fin de Grado en
Odontología

Guerrero González, María

Tutora del TFG
Dpto. Cirugía, ginecología y obstetricia

Fecha de presentación 25-9-2019
Grado en Odontología, Universidad de
Zaragoza (Campus Huesca) 2019

| | |
|--|-------|
| Índice. | 1 |
| Listado de abreviaturas. | 2 |
| Resumen. Summary. | 3 |
| Introducción. | 4 |
| Objetivos. | 6 |
| Caso clínico 4869. | 7 |
| a. Anamnesis. | |
| b. Hábitos. | |
| c. Exploración extraoral. | |
| d. Exploración intraoral. | 8-9 |
| e. Pruebas complementarias. | 10 |
| f. Juicio diagnóstico. | |
| g. Pronóstico. | 11-15 |
| h. Opciones de tratamiento. | |
| i. Desarrollo del plan de tratamiento elegido. | |
| i. Fase higiénica. | |
| ii. Fase conservadora. | |
| iii. Fase protésica. | |
| iv. Fase de mantenimiento y reevaluación. | |
| Caso clínico 5006. | 16-18 |
| a. Anamnesis. | |
| b. Hábitos. | |
| c. Exploración extraoral. | |
| d. Exploración intraoral. | |
| e. Pruebas complementarias. | |
| f. Juicio diagnóstico. | 19-26 |
| g. Pronóstico. | |
| h. Opciones de tratamiento. | |
| i. Desarrollo del plan de tratamiento elegido. | |
| v. Fase higiénica. | |
| vi. Fase conservadora. | |
| vii. Fase protésica. | |
| viii. Fase de mantenimiento y reevaluación. | |
| Discusión. | 27-29 |
| Conclusiones. | 30 |
| Bibliografía. | 31-33 |
| Anexos. | 34-64 |

Listado de abreviaturas

A

- **ASA:** American Society of Anesthesiologists.
- **ATM:** articulación Temporo-Mandibular.

E

- **CAE:** Conducto Auditivo Externo

D

- **Dpto:** Departamento.
- **ed:** edición.
- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **DVO:** Dimensión Vertical de Oclusión

E

- **EP:** enfermedad periodontal.

F

- **FCSD:** Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte.

H

- **HTA:** Hipertensión Arterial.

I

- **IHO:** Instrucciones de Higiene Oral.
- **IEP:** Índice de Enfermedad Periodontal.

L

- **LMG:** Línea mucogingival.
- **LPO:** Ligamento Periodontal.

M

- **MAP:** Médico de Atención Primaria.
- **MAP:** Médico de Atención Primaria.
- **MD:** Mesio-Distal.
- **MOD:** Mesio-Ocluso-Distal.
- **MV:** Mesio Vestibular.
- **MG:** Margen Gingival

N

- **NI:** Nivel de Inserción.
- **NHC:** Número de Historia Clínica.

S

- **SEH:** Sociedad Española de Hipertensión.
- **SEMF:** Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

T

- **TFG:** Trabajo Fin de Grado.

P

- **PF:** Prótesis Fija.
- **PPR:** Prótesis Parcial Removible.
- **PS:** Profundidad de Sondaje.
- **PB:** Placa Bacteriana.

R

- **RAR:** Raspado y Alisado Radicular.

V

- **VL:** Vestibulo Lingual.
- **VP:** Vestibulo Palatino

Resumen

En el presente trabajo describiremos el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de dos casos clínicos.

El primer caso (4869) desarrolla el manejo de un paciente con necesidades de tratamiento periodontal, conservadoras, implantológicas/protésica y estéticas.

El segundo caso 5006 desarrolla necesidades conservadoras y endodónticas.

El tratamiento queda valorado por las distintas opciones de tratamiento multidisciplinar en función de las necesidades del paciente, a través de un correcto juicio diagnóstico y fundamentado en un exhaustivo estudio bibliográfico.

Palabras clave: tratamiento multidisciplinar, pronóstico dental, enfermedad periodontal, prótesis dental.

SUMMARY

This work describe the diagnosis, prognosis and treatment plan of two clinical cases.

The first one (4869) develops the management of a patient with periodontal, conservatice, implant / prosthetic and endodontic needs.

The second case (5006) develops conservatice and endodontic needs.

The treatment is valued by the different options of multidisciplinary treatment according to the needs of the patient, through a correct diagnostic judgment and base on an exhaustive bibliographical study.

Key Word: multidisciplinary treatment, dental prognosis, periodontal disease, dental prosthesis.

Introducción

En la odontología actual, el concepto de salud oral engloba, no sólo la ausencia de dolor, sino la funcionalidad, estética y el confort subjetivo que experimenta el paciente, siendo un componente fundamental de la salud general, definida como “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad oral”. Ésta resulta esencial en aspectos como la alimentación, la comunicación, la estética, el afecto y la sexualidad además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social⁽¹⁾ por lo que se debe considerar y llevar a cabo la necesidad de aplicar diversos procedimientos terapéuticos rehabilitadores.⁽²⁾⁽³⁾

Uno de los principales problemas al que se enfrenta el paciente odontológico es la pérdida de la función oral. Éste término fue definido como el conjunto de acciones motoras de la boca que incluyen el habla, la masticación, la deglución, la fonación y la salivación.⁽²⁾⁽³⁾

Dicha función puede estar alterada a causa de diversas patologías como la caries, la enfermedad periodontal, la disfunción temporo-mandibular, la presencia de lesiones líticas, las anomalías en el desarrollo dental u óseo, como consecuencia de ciertos hábitos orales perjudiciales como el bruxismo, el tabaco y la higiene oral incorrecta.⁽⁴⁾

Según la OMS la caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. La caries, es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de países industrializados, llegando a afectar entre el 60% y 90% de la población escolar y adulta. La mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías), y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Entre el 5% y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida prematura de los dientes. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía asociada a factores socioculturales, económicos, ambientales y del comportamiento⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

El quiste dentígeno o folicular, representa el 15% de todos los quistes, situándose en segundo lugar tras el radicular. Su epitelio deriva del epitelio reducido del esmalte; es más frecuente en los varones, entre la segunda y la tercera década de la vida y se localiza en un 70% a 75% en la región posterior mandibular, en relación con los terceros molares. En su etiopatogenia, y debido a la obstrucción mecánica del proceso de erupción, está implicada la acumulación de líquidos entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie dental⁽⁷⁾.

La evolución de estas patologías puede hacer necesaria una exodoncia, que a su vez conlleva un posterior proceso de cicatrización de unos 4-6 meses, y que se ha de tener en cuenta a la hora de planificar un tratamiento adecuado. Tras la exodoncia el volumen óseo se va reduciendo tanto en anchura como en altura sobre todo durante las primeras 8 semanas. Los mayores cambios dimensionales ocurren en el primer año postextracción. Los mayores cambios dimensionales. Los estudios coinciden en que la pérdida horizontal es mayor que la vertical⁽⁸⁾.

Según Cardaropoli⁽⁸⁾ en su modelo experimental animal, se establecen diferentes fases en la cicatrización del alveolo postextracción: formación de coágulo los primeros 3 días, matriz provisional de tejido conectivo a los 7 días, hueso reticular a los 14 días, formación de hueso

mineralizado a los 30 días (constituyendo un 88% del alveolo); a los 60 días, existe un 75% de médula ósea; a los 180 días, se tiene un 15% de hueso mineralizado y un 85% de médula ósea.

Para un correcto tratamiento, es necesario diagnosticar el grado de atrofia, atendiendo a las clasificaciones de Lekholm y Zarb (I-II-III-IV)⁽⁸⁾.

Se considera que la existencia de hábitos orales perjudiciales puede desembocar en un abanico de patologías orales que pueden ser evitadas o detenidas a tiempo si se identifican correctamente⁽⁸⁾. Por ello se debe llevar a cabo una adecuada historia clínica, compuesta por una anamnesis, una exploración clínica, que se verá completada con los resultados de las pruebas complementarias, y un diagnóstico integral con el objetivo de plantear un tratamiento adecuado⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

El interés de la sociedad por la estética ha aumentado, transformándose en uno de los motivos de la atención odontológica. Ello puede estar limitado a la terapia protética o abarcar un marco de rehabilitación más amplio y complejo⁽¹¹⁾.

La exploración intraoral incluye el estudio de las mucosas y todo el sistema dentario, y la extraoral, comprende un análisis facial, estudio cervical y glandular, de labios, piel y Articulación Temporomandibular (ATM). Las pruebas diagnósticas abarcan desde percusión, palpación y pruebas de vitalidad, hasta exámenes radiográficos, que constituyen un elemento básico junto con la exploración, pues permiten corroborar los datos obtenidos y detectar lesiones que no se observan clínicamente. Sin embargo el diagnóstico bucal, por ser multifactorial, se hace muy complejo, para ello es necesario identificar los determinantes o factores de riesgo y la casualidad de éstos.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

En el presente trabajo se va a estudiar la rehabilitación oral de dos pacientes, hombres adultos, ambos pacientes tratados desde un enfoque multidisciplinar.

Se proponen indicaciones generales para medir el estado de salud y describir la secuencia de tratamiento de patologías orales y restablecimiento de la función y la estética, discutiendo algunos objetivos o decisiones claves del proceso. Se analizan paso a paso las fases del tratamiento multidisciplinar hasta conseguir los objetivos clínicos propuestos. 1) Mantener la estabilidad y recuperar, en la medida de lo posible, la arquitectura de los tejidos de sostén; 2) Recuperar la función masticatoria; 3) Obtener un resultado estético aceptable.

Objetivos

OBJETIVOS PRINCIPALES

Realizar un buen diagnóstico y plan de tratamiento de cada caso a partir de la anamnesis y las pruebas complementarias.

Estudiar de forma integral las opciones de tratamiento teniendo en cuenta los objetivos del paciente y su implicación con el tratamiento, para ello nos basamos en la evidencia científica actual.

Aplicar los conocimientos y competencias adquiridas durante los estudios de Odontología a la realización de un trabajo relacionado con los distintos campos del desempeño profesional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- **Académicos:**
 - Estimular el compromiso del autoaprendizaje como instrumento de desarrollo y responsabilidad profesional.
 - Adquirir conocimientos del método científico.
 - Realizar búsquedas bibliográficas.
 - Manejar programas informáticos para el procesado de texto e imágenes.
- **Clínicos:**
 - Determinar la distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal de pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte (FCSD) de la Universidad de Zaragoza (Campus de Huesca).
 - Realizar exploraciones y pruebas complementarias pertinentes para poder establecer diagnósticos adecuados.
 - Estudiarlas diferentes opciones de tratamiento posibles atendiendo a los avances científicos, experiencia práctica, recursos y necesidades del paciente.
 - Motivar y mejorar las condiciones higiénicas del paciente, instruyéndole y controlando su progresión.
 - Tratar la enfermedad periodontal y mejorar el pronóstico para garantizar la supervivencia de los dientes en boca.
 - Recuperar la función masticatoria.
 - Proporcionar una mayor estética, que satisfaga en la medida de lo posible las expectativas del paciente.

Presentación de los casos clínicos

CASO CLÍNICO 4869

Paciente Carlos Andrés Pérez Duque de 46 años de edad, que en diciembre de 2018 acude a la consulta refiriendo querer mejorar su salud oral, puesto que se la ha descuidado durante mucho tiempo la higiene de ésta. : “Quiero arreglarme la boca, me he descuidado mucho los dientes durante estos últimos 15 años”.

1. ANAMNESIS.

Paciente no presenta intervenciones quirúrgicas previas, ni antecedentes familiares de interés. No refiere alergias medicamentosas conocidas.

2. HÁBITOS.

2.1 Generales (anexo 9).

Paciente fumador de un paquete diario de tabaco rubio, según el test de Fagerstrom, empleado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFC), muestra una alta dependencia física a la nicotina. No consumidor de estupefacientes, refiere ingerir un par de cervezas al día, durante el almuerzo.

2.2 Odontológicas.

Paciente presenta higiene bucal inadecuada, no se cepilla con regularidad. No suele visitar al odontólogo aún en persistencia del dolor, no presenta hábitos de onicofagia ni de mordisqueo nervioso.

3. EXPLORACIÓN EXTRAORAL.(anexo 1)

3.1 Descripción de la piel y de los labios.

El paciente no presenta alteraciones dermatológicas, ni queilopatías.

3.2 Análisis estético facial.

A. Frontal

Las líneas de referencia horizontales, ophriac, interorbital o supraciliar, bipupilar, interalar e intercomisural son incorrectas, no son paralelas entre si y la línea bipupilar tampoco es paralela al plano horizontal, la línea media vertical se muestra incorrecta tercio inferior disminuido por pérdida de dimensión vertical.

B. Perfil

Perfil facial normal (170º), ligeramente curvo, ligera retrusión labial superior, labios finos sin queilopatías.

3.3. Exploración de la ATM (anexo 5)

Para la realización de esta prueba, el explorador se sitúa por detrás del paciente, colocando el dedo índice y medio en el área pre-auricular y el dedo meñique en el conducto auditivo externo. Realizamos la palpación con ambas manos posicionadas en la articulación, pidiéndole al paciente que realice movimientos de apertura, cierre, máxima intercuspidad y máxima apertura. El paciente no refiere dolor durante dichos movimientos, en masticación o habla, ni en Conducto Auditivo Externo (CAE).

Durante la exploración neuromuscular y de los pares craneales no evidencia signos clínicos patológicos. Tampoco detectamos ruidos articulares (chasquidos ni crepitaciones), ni rigidez, presenta desviación en la apertura.

3.4 Exploración glandular y cervical.

El explorador se sitúa detrás del paciente para el diagnóstico ganglionar y cervical, con la cabeza del paciente en hipoeextensión y haciendo palpación digital y recorridos cortos y profundos explorando zona submandibular, cuello y a nivel clavicular. No se detectan hallazgos clínicos en las cadenas ganglionares.

Paciente realiza hiperextensión y giroversión del cuello sin incidencias y sin sintomatologías, por lo que supera los ejercicios a nivel cervical.

4. EXPLORACIÓN INTRAORAL.

4.1 Mucosa.

Mediante palpación manual y observación visual, no detectamos anomalías ni patologías en mucosas, zona interna de los labios, paladar duro, blando, mucosa yugal y lengua. En la exploración lingual, realizada mediante la tracción digital con gasa, observamos lengua saburral, sin hallazgos patológicos en zona ventral, lingual, laterales y suelo de la boca. La estimulación salival digital es positiva (apretando la salida de los conductos salivares y ganglios submandibulares).

4.2 Exploración periodontal (anexo 2 y anexo 3).

Realizamos exploración periodontal mediante sondaje, con ayuda de una sonda CP12, kit de exploración básico (Espejo nº5 CS, Pinza College DP2 y Sonda explorador EXD5). Se realiza estudio de 6 zonas por cada diente (mesial, medial/central y distal tanto por la cara vestibular como por la palatina/lingual). Se observa encías con patologías (sangrado, enrojecimiento e inflamación).

Los márgenes gingivales están desnivelados.

Presenta recesiones generalizada.

Presenta movilidad en : 15,14,12,11,21,22,25,27,28,32,33,43,44 de grado 2 y 3.

Paciente presenta una media de nivel de inserción > 6 mm.

Presencia de placa en dientes : 17,16,14,13,12,11,21,22,23,25,27,28,32,33,34,43,44,45,48.

Sangrado en dientes/piezas : 17,16,14,13,12,11,21,22,23,25,27,28,32,33,34,43,44,45,48.

Según el índice de placa de Loe y Silness es de 3 (anexo 6).

Los datos son registrados en el modelo de periodontograma de la Clínica Odontológica de la Facultad de Ciencias y Salud y del Deporte de Huesca.

4.3. Exploración dental. (anexo 3 y anexo 4)

Se realiza la exploración dental mediante un kit de exploración básico, examinando uno a uno todos los dientes.

El paciente presenta a la exploración visual placa bacteriana rodeando el diente, incluso por espacios interdientales y depósitos de cálculo.

Ausencias de 18, 15, 24, 26, 31, 35, 36, 37, 38, 47, 46, 42, 41.

Faceta de desgaste y recesiones generalizada.

Alteración en la coloración dental, se observan tratamientos previos.

El paciente es portador de una Prótesis Fija (PF) de metal porcelana en sector anterior superior (1.1, 2.1), presentando movilidad grado 2-3.

4.4 Análisis oclusal (anexo 3 y anexo 4).

Para este análisis, se toman registros del arco facial para transferir la posición tridimensional que tiene el maxilar superior en relación al plano de Frankfort. Realizando el montaje en el articulador, relacionando los modelos superior e inferior mediante una plancha base de cera con rodillos de mordida. Programando la trayectoria condílea y la trayectoria lateral.

Estudio estático intraarcada, presenta la arcada superior oval e inferior triangular, curva de Spee y curva de Wilson no es valorable por ausencia de molares posteriores⁽¹²⁾. Se observa vestibulorotación del 4.3 y 3.3, se detecta prematuridad del 3.3 produciendo una vestibulogresión.

5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

5.1 Periodontograma (anexo 2).

Completado durante la evaluación periodontal.

5.2 Estudio radiológico (anexo 7 y anexo 8).

La radiografía realizada con Orthoralix® 9.200, muestra la existencia de obturaciones previas (4.3 y 4.4), endodoncia y poste metálico (1.1 , 2.1 y 2.2), coronas de porcelana (1.1 y 2.2), patologías cariosas (1.6,1.3,1.2,1.1,2.1,2.2,2.7,2.8, 4.3), presenta patología apical y defecto de la tabla ósea en anterior superior e inferior.

Con el Expert® DC de Gendex® se realiza serie periapical por observarse óseos verticales, horizontales y pérdida ósea en tramos edéntulos. Para la radiografía se emplea una correcta técnica de paralelismo ⁽¹³⁾, con el paralelizador Rihnn® de Dentstply®.

Las pruebas radiográficas se realizan protegiendo al paciente con delantal y protector tiroideo plomado.

5.3 Fotografías (anexo 4).

La cámara utilizada, Cannon® 450D EOS con objetivo de 100mm y flash Macro Ring Lite® MR-14Ex, se emplea para realizar un estudio fotográfico. Los parámetros sensibilidad (ISO 100-200), velocidad de obturación (1/125), diafragma intraoral (f 32), extraoral (f 75) y balance de blanco tipo flash se mantienen fijos. Con una distancia intraoral de 0.45m y extraoral de 1m/3m.

En la sesión extraoral se modifica los siguientes valores en la cámara : escala (1:10); ft (1.5) y apertura del diafragma (F 6.3). Se toman fotografías en perfil y frontal, tanto en reposo como en sonrisa.

Para intraoral los valores son: escala (1:2); ft (1:3) y apertura del diafragma (F 20). Se toman fotografías en máxima intercuspidación y en sectores laterales.

Las fotografías oclusales inferiores y superiores requieren los siguientes parámetros: escala (1:2); ft (113) y apertura del diafragma (F 18)

6. JUICIO DIAGNÓSTICO

- ❖ Paciente ASA I: paciente saludable, no sometido a cirugía electiva. Clasificación utilizada por American Society of Anesthesiologist (ASA)⁽¹⁴⁾. (anexo 9).
- ❖ Paciente generalmente respirador oral.
- ❖ Clase II esquelética/ósea, con crecimiento dolicofacial, birretrusión maxilar y mandibular, normoinclinación incisal y normoquelia.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.
- ❖ El paciente presenta enfermedad periodontal, crónica general, grave (pérdida ósea 2-3 mm o + de inserción, invasión de furcaciones, movilidad, placa subgingival y supragingival, hemorragia al sondaje y radiográficamente con pérdida de altura de 1/5 de la cortical.

- ❖ Paciente presenta ausencias en 1.8,1.5,2.4,2.6,3.8,3.7,3.6,3.5,3.1,4.1,4.2,4.6,4.7 y posteriormente sin intervención odontológica pierde 4.2,4.1 que correspondería en arcada inferior como clase II modificación 2 según la clasificación de Kennedy.(anexo 11)
- ❖ Facetas de desgaste en 2.2 y 3.3.
- ❖ Lesiones cariosas en 1.6 clase II Mesio-Ocluso-Distal (MOD),1.4 clase II Medio-Ocluso-Distal (MOD),1.3 clase V mesial,1.2,1.1,2.1,2.2 clase I cervical palatino,2.7,2.8 clase II interproximal,4.1,4.2 clase V lingual,4.4 clase II mesial según la Clasificación de Black (anexo 12).
- ❖ Ausencia de restos radiculares.
- ❖ Prótesis Fija de metal-porcelana no mantenible, pues los dos pilares protésicos presentan patologías cariosas a nivel cervical (1.1 y 2.1).

7. PRONÓSTICO.

Existen multitud de factores implicados en el desarrollo y la evolución de las enfermedades dentales en general y particularmente, de la enfermedad periodontal.

Estos factores pueden ser divididos en cinco grandes grupos ⁽¹⁷⁾:

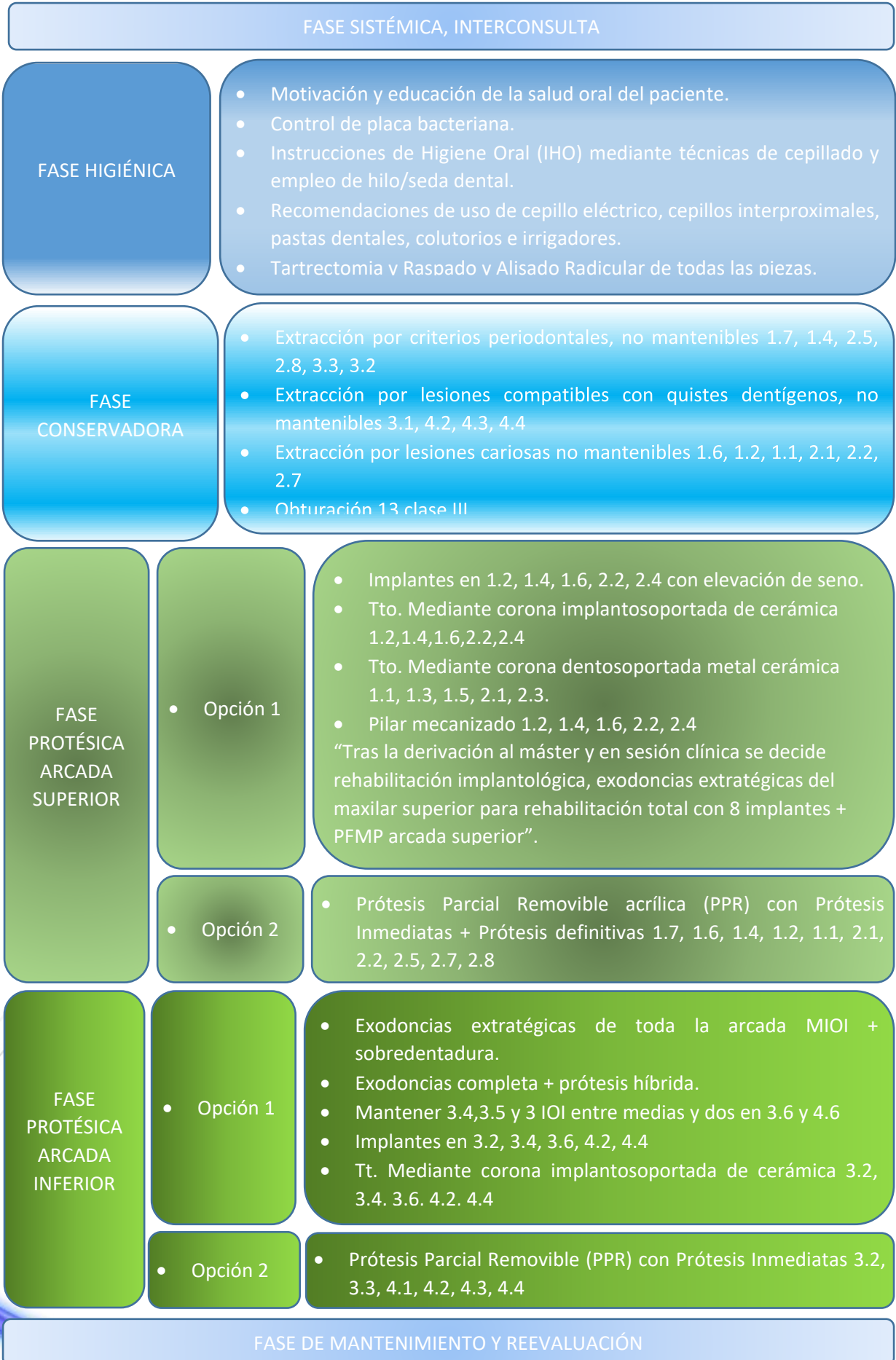
1. Factores sistémicos y medioambientales: genética, enfermedades sistémicas, tabaco y estrés.
2. Factores clínicos generales: edad, gravedad de la EP, microbiología, control de placa e implicación del paciente en el tratamiento.
3. Factores periodontales: pérdida de inserción, afectación furcal, defecto óseo angular, abscesos periodontales, trauma oclusal, proximidad radicular, etc.
4. Factores endodónticos: estado pulpar y patología periapical, retratamientos, perforaciones y reabsorciones radiculares internas o externas.
5. Factores dentales: caries radicular profunda, en furca o insuficiente ferrule.

Según los estudios de Cabello y Cols (2006) (anexo 13) basados en la clasificación de la Universidad de Berna⁽¹⁹⁾, se puede establecer un pronóstico individualizado de los dientes.

| | |
|--------------------------|--|
| PRONÓSTICO BUENO | 1.3, 2.3, 3.4,3.5,4.5, 4.8 |
| PRONÓSTICO CUESTIONABLE | 1.7,2.5,2.7,3.3 |
| PRONÓSTICO NO MANTENIBLE | 1.1, 1.2, 1.4, 1.6, 2.1, 2.2, 2.8, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 |

En las piezas con pronóstico no mantenible (1.1,1.2,1.4,1.6,2.1,2.2,2.8,3.1,4.1,4.2,4.3,4.4), presentan pérdida de inserción hasta el ápice y caries en conducto radicular. Para los de pronóstico cuestionable, se realiza exodoncia como indicación extratétrica protésica.

8. OPCIONES DE TRATAMIENTO.



9. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO ELEGIDO.

- **Fase Higiénica:** la motivación y educación al paciente resultan fundamentales, así como el control de la placa bacteriana (sustancias reveladoras de placa), las Instrucciones de Higiene Oral (IHO) mediante técnicas de cepillado, recomendación individualizada de cepillo eléctrico, cepillos interproximales adecuados, instrucción para el uso de hilo dental, pastas dentales y colutorios (Clorhexidina al 0,2% -15 días. 0,15% - 30 días y posteriormente colutorios de mantenimiento como el Triclosán 0,15%).

Una vez comprendidas estas medidas se lleva a cabo una tartrectomía, con punta de ultrasonidos de periodoncia P4 (tipo EMS), por todas las superficies dentales.

En las zonas donde se registraron bolsas periodontales mayores de 3mm se realiza un tratamiento periodontal básico mediante RAR selectivo con curetas Gracey®. Se emplea la cureta 1-2 para dientes anteriores, 7.8 para vestibular y lingual de posteriores, 11-12 para caras mesiales de posteriores y 13-14 para zonas distales de posteriores. Se toma la cureta en forma de lapicero modificado, se establecen apoyos tanto extraorales como intraorales, se introduce con un ángulo aproximado de 0º hasta llegar a notar el fondo de bolsa, se activa buscando el ángulo de trabajo y se realizan movimientos enérgicos, cortos y fuertes. Posteriormente para el alisado se realizan movimientos suaves y largos. Se explican verbalmente y por escrito las consideraciones y recomendaciones post-rar (anexo 15).

Al mes de este procedimiento se realiza un periodontograma de reevaluación que muestra reducción de todas las bolsas periodontales aunque el paciente no muestra una colaboración suficiente.

Exodoncias (anexo 16)

En primera instancia, pauta de profilaxis antibiótica Clindamicina 300 mg una hora antes⁽¹⁸⁾, se realiza el consentimiento informado para la realización de las exodoncias, elección de Lidocaina 1:80, se administra anestesia infiltrativa, reforzada por palatino, con agujas cortas desechables de Normon®, se valora la radiografía apical, ayudándonos de fórceps para maxilar y botador recto (EL301) en el espacio periodontal entre la raíz y la pared ósea del alveolo, actuando como cuña y realizando esta acción alrededor de toda la circunferencia del diente a extraer se procede a la exodoncia del sector posterior superior 1.7, 1.6, 2.5, 2.7, 2.8, exodoncia anterior con botador recto (EL301) y fórceps para anteriores superiores 1.1, 1.2, 1.4, 2.1, 2.3 presentando signos de infección (tumefacción, sangrado y supuración), algunos restos radiculares presentan granuloma apical, una pérdida de inserción > 2/3 y caries en conducto radicular.

Realizamos la exéreis mediante una cucharilla de legrado (Hemingway C3, 170mm)⁽¹⁹⁾. A continuación procedemos a la eliminación de esquirlas óseas con pinza gubia Friedman®

Repetimos el proceso de exodoncias anteriores inferiores con ayuda de botador y fórceps anterior de mandíbula para dientes 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.3.

El tratamiento ideal consistiría en la cirugía mediante implantes y la corrección mediante ortodoncia, puesto que se trata de un problema esquelético de un paciente que ha finalizado el crecimiento. Estudios recomiendan dividir el tratamiento en tres fases: 1) Fase ortodónica prequirúrgica: empleando secuencia de arcos. Trazado de predicción quirúrgica y cirugía de modelos. 2) Fase quirúrgica. 3) Fase postquirúrgica: aparatología fija ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.(anexo 17).

Esta propuesta es rechazada por el paciente, a pesar de comprender las ventajas de la misma.

- **Fase protésica:** tras el estudio del caso y la exposición de las diferentes opciones de tratamiento, el paciente selecciona la opción 2 para elaboración de Prótesis Parcial Removable superior e inferior.

Prótesis Parcial Removable superior e inferior (anexo 18)

Tras la toma de impresiones preliminares, se selecciona el color A3. Previo a la PPR, se confeccionarán unas prótesis inmediatas superiores e inferiores. Atendiendo a la clasificación de rebordes edéntulos de Kennedy ⁽¹³⁾⁽²⁰⁾ clasificación II modificación 2 (anexo 11). Se realiza una plancha base con rodets de cera Reus® atendiendo a la oclusión, fonética y estética. Con ayuda de un cuchillete y un mechero Bunsen, se realizan cortes transversales en el rodete de cera con el fin de hacerla más blanda y poder registrar correctamente la oclusión con la arcada superior. Una vez tomado este registro se envía nuevamente al laboratorio.

En la siguiente cita se prueban los dientes de acrílico sobre cera de inferiores, tomando registro de cera de mordida, para asegurar que la oclusión es la correcta para la elaboración de la PPR superior. Tras la llegada de las prótesis inmediatas superior e inferior de acrílico, se procede a la exodoncia de los dientes y colocación de las mismas, comprobando los contactos en PIM, lateralidad protusiva y restrusiva, se alivian zonas de opresión y contactos prematuros.

A continuación activamos los retenedores para que descanses sobre las superficies adecuada de los dientes y evitar que roten respecto a la línea de fulcrum. Con ello se pretende reducir la inclinación anteroposterior de los dientes pilares principales, por la acción de palanca y estabilizar frente a movimientos horizontales ⁽²¹⁾⁽²²⁾.

Una vez finalizada dicha activación, se coloca y entrega la PPR superior e inferior y se toman fotografías del resultado final del tratamiento (anexo 18).

Obturación (anexo 19).

Las maniobras previas son comunes a todas ellas: análisis radiológico, pruebas de vitalidad pulpar, examen gingival, anestesia, selección de composite y color, aislamiento.

El procedimiento de actuación es similar; apertura y conformación cavitaria con fresa de diamante redonda (nº329) eliminación de tejidos deficientes manual mediante cucharilla de

dentina E1 o mecánica con fresa de tungsteno redonda de mil hojas; terminación de paredes y realización de bisel; grabado ácido ortofosfórico al 37% (Proclinic®), lavado y secado; aplicación de adhesivo de un solo paso (Excitite® de Ivoclar Vivadent), fotopolimerización, obturación mediante la técnica incremental, comprobación de la oclusión con papel de articular pulido con fresa de Rugby de grano amarillo, fresa de arcansas y disco de pulir⁽¹⁹⁾, ajuste de oclusión con papel de articular Bauch® de 200 micras.

- **Fase de mantenimiento y reevaluación:** la reevaluación tras el RAR selectivo se realizan a las cuatro semanas de la PPR y se realizan a las 24 horas después de la instalación, se examinan las áreas de soporte y correcta cicatrización de los tejidos, relaciones oclusales y que no exista ningún tipo de anomalía sobre los tejidos duros o blandos, el segundo control se realiza a las 72 horas, que proporciona una idea más completa de cómo está funcionando la prótesis y si el paciente está adaptándose a ella.

El control del paciente debe continuar a la semana, al mes, trimestralmente y una vez al año, en cada ocasión se pretende reforzar los conceptos de higiene, tanto oral como de la prótesis. A los tres meses se realizará un rebase blando con viscogel, para mejorar la adaptación de la prótesis tras la reducción del tejido inflamado. Se establece un programa de revisión.

Presentación de los casos clínicos

CASO CLÍNICO 5006

Paciente varón de 62 años de edad, exmilitar, acude a la consulta odontológica refiriendo estar confuso del diagnóstico realizado en otros centros odontológicos (Vital Dent®, Dentix®, iDental®) puesto que las soluciones que le ofrecía consistiría en las extracciones de los dientes que sufrían alguna patología y sustitución por implantes, por lo que venía buscando una cuarta opinión.

1. ANAMNESIS.

Paciente polimedicado debido a varias alteraciones y patologías, refiere tener; hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hiperuricemia (altos niveles de ácido úrico “gota”), alergia al ciprés, HBP (hiperplasia benigna de la próstata) y diagnosticado con trastorno bipolar. Nos refiere que al ser ex-militar ha pasado por unas circunstancias muy duras en su vida que ha podido modificar en cierta parte su carácter, sus estados de ánimo y que lo han llevado a modificar su vida en general, pero él no reconoce/acepta que sea una persona con un trastorno bipolar.

La medicación que toma es la siguiente:

- ❖ Omeprazol® 20 mg: protector gástrico.
- ❖ Depakine Crono® 500 mg: se utiliza para el tratamiento de la epilepsia y manía.
- ❖ Labileno® 50 mg: se trata de un antiepiléptico y para el trastorno bipolar bloqueando las señales en el cerebro que desencadenan convulsiones.
- ❖ Hipertene® 20 mg: se utiliza para la hipertensión (inhibidores de la ECA), dilatando los vasos, este fármaco lo deberemos de tener en cuenta porque puede producir un mayor riesgo de sangrado.
- ❖ Janumet® 50/1000: para controlar el azúcar en sangre, empleado en casos como la diabetes tipo II.
- ❖ Akineton Retard® 4mg: anticolinérgico usado para el tratamiento del parkinson reduciendo o bloqueando la ACTH a nivel central.
- ❖ OMACOR®: utilizado para los niveles altos de triglicéridos cuando la dieta no ha funcionado.
- ❖ Zyloric® 300 mg: inhibidor enzimático, disminuye el ácido úrico en plasma y orina.
- ❖ Invokana® 300: antihiper glucémico para las personas con diabetes tipo II.
- ❖ Benerva® 300 mg: vitamina B1 tiamina.
- ❖ Seroquel Prolong® 50 mg: antipsicóticos.
- ❖ Rivotril® 0,5 mg: benzodiazepina, anticonvulsionante.
- ❖ Artedil® 10 mg: usado para la hipertensión, bloqueando el canal de calcio provocando vasodilatación y por lo tanto disminución de la presión sanguínea, también es otro fármaco de los que tenemos que tener en cuenta para el procedimiento anestésico.

- ❖ Tamsulosina® 0,4 mg: es un relajante de los músculos de la próstata y uretra, facilitando para ello la necesidad de orinar.
- ❖ Gemfibrozilo® 900 mg: disminuye el nivel de triglicéridos en sangre.
- ❖ Azibe®: para disminuir los niveles de colesterol en sangre.
- ❖ Videsil® 25.000: vitamina D3, 1/mes.

Teniendo los fármacos en consideración, optamos un anestésico libre de adrenalina; mepivacaina.

2. HÁBITOS.

2.1 Generales.

Paciente consumidor de ¾ de litro de café descafeinado al día. Persona actualmente tranquila y activa.

2.2 Odontológicos.

El paciente presenta una adecuada higiene oral. Cepillado dental después de cada comida. Visitas al odontólogo si presenta dolor o patología. No tiene hábito de onicofagia, ni de mordisqueo nervioso.

3. EXPLORACIONES EXTRAORAL.

3.1 Descripción de la piel y los labios.

No presenta alteraciones dermatológicas, ni queilopatías.

3.2 Perfil.

Presenta una clase III esquelética.

3.3 Exploración de la ATM, glandular y cervical.

No se detectan hallazgos clínicos en las cadenas ganglionares. La exploración glandular se realiza bimanualmente, con la cabeza del paciente en hipoextensión. La exploración glandular no objetiva asimetrías a nivel submaxilar, ni parotídeo ⁽¹²⁾.

A nivel cervical, los ejercicios se superan sin incidencias y sin sintomatología ⁽²³⁾.

4. EXPLORACIÓN INTRAORAL.

Mediante la palpación manual y observación visual, se examinan las mucosas. No hay hallazgos en la zona interna de los labios, el paladar duro, blando, mucosa yugal y lengua. La exploración lingual se realiza mediante la tracción con gasa, no observándose hallazgos patológicos en cara, zona dorsal, ventral, laterales y suelo de la boca. La estimulación salivar es positiva.

El paciente presenta buena higiene oral, con ausencia de 1.6 y 3.6, desgaste vestibular de incisivos superiores y linguales de inferiores producido por una clase III esquelética, mordida cruzada unilateral derecha. Caries en el 1.7 (clase II) y 2.6 (clase II) los cuales habían sido restauraciones previas con amalgama de plata, obturación de amalgama de plata en el 4.6, presenta fractura coronal del 1.5 y 4.5 con foco apical.

5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (anexo 21).

5.1 Periodontograma.

Completado durante la evaluación periodontal.

5.2 Estudio radiológico (anexo 24).

La radiografía panorámica realizada con Orthoralix® 9.200, muestra la existencia de obturaciones de amalgama de plata previas (1.7, 2.6 y 4.6). Defecto óseo vertical en tercer cuadrante por ausencia de molar. Patología periapical en 1.5 y 4.5.

Con el Expert® DC de Gendex® se realiza serie periapical por observar defectos óseos y patología periapical en 1.5 y 4.5. Para ello empleamos la técnica de paralelismo ⁽¹³⁾. Para realizar las radiografías se protege al paciente con delantal y protector tiroideo plomado.

5.3 Fotografías (anexo 20).

La cámara utilizada, Cannon® 450D EOS con objetivo de 100mm y flash Macro Ring Lite® MR-14Ex, se emplea para realizar un estudio fotográfico. Los parámetros sensibilidad (ISO 100-200), velocidad de obturación (1/125), diafragma intraoral (f 32), extraoral (f 75) y balance de blanco tipo flash se mantienen fijos. Con una distancia intraoral de 0.45m y extraoral de 1m/3m.

Las diferentes fotografías son similares a las establecidas para el caso 4869, descrito anteriormente.

6. JUICIO DIAGNÓSTICO.

- Paciente ASA I: saludable no sometido a cirugía electiva. Clasificación de la situación física por la American Society of Anesthesiologists (ASA)⁽¹⁴⁾ (anexo 9).
- Paciente bruxista.
- Clase III esquelética.
- Pérdida ósea en tramo edéntulo inferior izquierdo, clase II según los criterios de defectos del reborde alveolar de Seibert (1883).⁽¹³⁾ (anexo 10).
- Ausencias de 1.6 y 3.6.
- Facetas de desgaste en 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 y 4.3.
- Lesiones cariosas de clase II en 1.7 y 2.6.
- Fractura coronaria en 1.5 y 4.5.
- Foco apical en 1.5 y 4.5.

7. PRONÓSTICO.

Según los estudios de Cabello y Cols (2005) basados en la clasificación de la Universidad de Berna⁽²⁰⁾, se puede establecer un pronóstico individualizado de los dientes (anexo 13).

| | |
|--------------------------|--|
| PRONÓSTICO BUENO | 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 |
| PRONÓSTICO CUESTIONABLE | 1.5 y 4.5 |
| PRONÓSTICO NO MANTENIBLE | |

8. OPCIONES DE TRATAMIENTO



9. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO ELEGIDO.

- **Fase Sistémica (anexo 9 y anexo 14).**

Una vez confirmada la ausencia de patologías sistémicas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento farmacológico y alergias, se decide emplear en los diversos procedimientos anestésicos mepivacaína libre de adrenalina.

El paciente decide que sólo quiere realizarse una fase conservadora para mejorar sus dientes presentes en boca.

- **Fase Higiénica.**

Es fundamental la motivación y educación, el control de la placa bacteriana, las IHO, las instrucciones para el uso del hilo dental, recomendación del uso de cepillo eléctrico, cepillos interproximales, pastas dentales y colutorios.

- **Fase conservadora.**

Obturación (anexo 23 y anexo 23).

Se eliminan las patologías cariosas de los dientes afectados 1.7 y 2.6 clase II.

Las maniobras previas son comunes a todas ellas: análisis radiológico, pruebas de vitalidad pulpar, exámen gingival, anestesia, selección de composite y color, aislamiento absoluto. Para el aislamiento se emplean diques de goma de látex Higienic® Dental Dam, arco de Young, portaclamps y clamps de Higienic® System-9.

El procedimiento de actuación es similar; apertura y conformación cavitaria con fresa de diamante redonda (nº329) eliminación de tejidos deficientes manual mediante cucharilla de dentina E1 o mecánica con fresa de tungsteno redonda de mil hojas; terminación de paredes y realización de bisel; grabado ácido ortofosfórico al 37% (Proclinic®), lavado y secado; aplicación de adhesivo de un solo paso (Excite® de Ivoclar Vivadent), fotopolimerización, obturación mediante la técnica incremental, comprobación de la oclusión con papel de articular Pulido con fresa de Rugby de grano amarillo, fresa de arcansas y disco de pulir⁽¹⁹⁾, ajuste de oclusión con papel de articular Bauch® de 200 micras.

Obturación, endodoncia y poste de fibra de vidrio (anexo 23, anexo 24 y anexo 25)

El diente 1.5 y 4.5, sin embargo posee una patología cariosa más extensa y requiere un estudio radiológico periapical exhaustivo. Realizado el estudio, se observa un conducto, según la clasificación de Vertucci⁽²⁴⁾ se clasifica como tipo I. Tras la aplicación de la anestesia en el área a tratar y la colocación del dique de goma, que evitará la deglución del instrumental endodóntico y protegerá al resto de la boca de los efectos tóxicos de las soluciones irrigantes. Se procede con el acceso y limpieza de la cámara pulpar, identificando previamente la anatomía de la cámara y del conducto radicular. Localización y preparación de la entrada del conducto, con una sonda DG-16 localizamos la entrada. Conformación tridimensional de los conductos radiculares y

detección de la longitud de trabajo con radiografía periapical de control, conductometría. La técnica stepback es el procedimiento de elección. Esta se desarrolla en dos fases: la primera tiene por objeto conformar la porción apical del conducto con limas manuales; y la segunda, modela los tercios medio y apical con las fresas de Gates-Glidden. Tras la utilización de cada lima se debe irrigar con hipoclorito de sodio. Realizar la conometría para asegurar que estamos trabajando en la longitud adecuada. Obturación de los conductos radiculares para proporcionar un sellado impermeable a los fluidos dentro del sistema de conductos radiculares y así prevenir la microfiltración oral y apical. Se utiliza la técnica de condensación lateral. Se reduce la punta maestra con el sellador a longitud de trabajo y se introduce en el conducto. Se compacta lateralmente con condensadores y se rellena con conos accesorios adicionales.

Se manda antibiótico: Amoxicilina y Clavulánico 875mg 3 veces al día, ibuprofeno 600 mg 3 veces al día y Nolotil cáps. si hay dolor.

El siguiente procedimiento consta de la colocación del poste de fibra de vidrio

- Un **poste** se utiliza cuando no hay estructura remanente suficiente para soportar la restauración final. La función principal de un poste es la retención de un muñón que soporte la restauración, en este caso quedaba la pared vestibular.

Tipo de poste:

- La longitud del poste: debe alcanzar dos tercios de la longitud de la totalidad del conducto (dejando 4-5mm de gutapercha apical) y debe mantener la relación entre la corona y la longitud del poste de al menos 1 a 1.
- Diámetro del poste: se aconseja no ensanchar demasiado el conducto radicular, puesto que podríamos inducir una futura fractura al debilitar en exceso las paredes.
- Forma y superficie del poste: los poste constan de dos partes:
 - Porción coronaria o cabeza: cuya función es retener el material de restauración.
 - Porción radicular: retener el poste dentro del conducto y transmitir las fuerzas en el eje axial del diente.
- Según el material: poste de fibra obtienen una gran resistencia a la fractura. Son postes con alta estética, gran resistencia y menor peligro de fracturar las raíces.
- El **cemento**: actualmente los cementos de resina son los más utilizados. Son cementos de composite de polimerización dual que como ventaja, polimerizarán en aquellos lugares a los que no llegue la luz.

Protocolo clínico:

Eliminación de la caries remanente con fresa redonda para contraángulo. Rebajado con fresa redonda las cúspides correspondientes 1.5mm. Sino la fractura de estas post-tratamiento es mayor por la poca cantidad de diente remanente. Se prepara el conducto radicular con las fresas drill en este caso roja 1 mm de diámetro, dejando 4-5 mm de gutapercha apical. Se hará la comprobación radiográficamente. Se prueba el poste en el conducto, y se marca la longitud del poste correspondiente a la altura de la cúspide. Tras cortar con una fresa y se introduce en alcohol. Irrigación con alcohol la cavidad y el interior del conducto. Se espera para su eliminación. Secado con puntas de papel. Colocación de adhesivo por la cavidad y en el interior del conducto. Secado para eliminar el solvente y polimerización durante 10 segundos. Colocación de cemento dual en la preparación del canal y seguidamente colocación del poste con pinzas antes de que comience a fraguar, comprobando que está a medida. Polimerización

40 segundos. Colocación de automatrix y cuña de madera para mantener el punto de contacto. Se cubre el poste con composite fluido en las zonas que el composite universal no llega. Polimerización por capas con lámpara el composite. Conformación de la anatomía. Pulido con fresa de Rugby de grano amarillo, fresa de arcansas y disco de pulir^[25], ajuste de oclusión con papel de articular Bauch® de 200 micras.

Otras consideraciones.

Puesto que el paciente está diagnosticado con trastorno bipolar.

El trastorno bipolar, también considerado una psicosis maníaco-depresiva, es un conjunto de trastornos del ánimo que se caracteriza por cambios notorios en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria ^[26].

El trastorno bipolar no es un estado de ánimo pasajero o un estado donde pueda pasarse de una emoción a otra en un corto lapso de tiempo (Ej. reír mientras se está llorando). Este trastorno afecta al individuo durante meses o años por etapas, donde la calma y el comportamiento normal se intercala entre los episodios maníacos y la depresión. La persona afectada por este trastorno alterna su estado de ánimo entre la manía o hipomanía (fase de alegría, exaltación, euforia y grandiosidad) y la depresión, con tristeza, inhibición e ideas de muerte ^[27].

Las personas que padecen de este trastorno viven cuando están con crisis en los dos extremos opuestos de la vida; cuando están «deprimidas», pierden el interés en la vida, llegando a pensar en la muerte y en el suicidio para dejar de sufrir.

De igual modo, cuando están contentos, se llenan de euforia y ven todo de color rosa, se sienten capaces de hacer cualquier cosa, y llegan al extremo de no dormir por considerar que es una actividad innecesaria dentro de su nueva faceta de "inacabable movilidad". En algunos casos la euforia es tal que pueden llegar a cometer acciones que en un estado de conciencia normal no harían, como consumir drogas o gastar dinero hasta la ruina económica propia y familiar.

Aparece alrededor de los 20 años, pero también puede aparecer antes o después. A veces empieza a manifestarse después de un parto, debido a cambios hormonales que pueden producir alteraciones químicas en el cerebro y posteriores cambios en el estado de ánimo (psicosis postparto)

Los períodos en los cuales el afectado suele estar deprimido o eufórico suelen ser variables y están relacionados a cambios meteorológicos y de estación, o a circunstancias de la vida (acontecimientos vitales). La bipolaridad es cíclica; es decir, etapas normales seguidas de etapas maníacas o depresivas, por separado o alternándose.

Se dice que de cada 1000 personas, 10 o 15 padecen el trastorno bipolar, y si uno de los padres la padece, la posibilidad de que los hijos la padezcan aumenta hasta en un 15%, pero la heredabilidad general de este trastorno es de un 80%, aunque esta no está asociada a un único gen ^[27].

Las personas diagnosticadas con trastorno bipolar tienen un riesgo de mortalidad por suicidio de 10 hasta 20 veces mayor que en la población general ^[28].

Cuadro clínico

El trastorno bipolar se clasifica principalmente en Trastorno Bipolar Tipo I, en donde el individuo experimenta experiencias de manía extremas, o Trastorno Bipolar Tipo II, en donde el individuo experimenta experiencias de hipomanía (episodio destructivo menor que la manía, generalmente de menor duración). Dentro del cuadro clínico del Trastorno Bipolar, coexisten el periodo depresivo y el periodo maníaco (o hipomaníaco, dependiendo de la clasificación) y estos se van alternando, aunque pueden producirse simultáneamente creando un periodo mixto.

- **Periodo depresivo:** Los síntomas del período depresivo incluyen sentimientos constantes de tristeza, ansiedad, culpa, ira y soledad o desesperanza, desórdenes de sueño, apetito, fatiga, anhedonia (pérdida de interés por actividades de las que la persona antes disfrutaba), problemas de concentración, odio hacia uno mismo, apatía, pérdida de interés en la actividad sexual, timidez o ansiedad social, irritabilidad, malestar físico, falta de motivación, e incluso ideas suicidas.
- **Periodo maníaco:** Un periodo en el que hay un incremento de la energía para realizar actividades. Suele confundirse con periodos de alta productividad. La necesidad de dormir se encuentra disminuida. La persona suele tener verborrea, distraerse rápidamente y puede manifestar e incluso llevar a la práctica ideas irreales, inusuales y sobre optimistas. Las facultades sociales se ven disminuidas, y las ideas pueden llevar a la toma de malas decisiones financieras ^[29].

Diagnóstico del trastorno bipolar

Se sabe que al menos la mitad de los pacientes con trastorno bipolar presentarán al inicio un gran episodio depresivo. Por ello, será vital para el psiquiatra anotar en la historia clínica todos los últimos síntomas maníacos o hipomaníacos del paciente, para asegurar un diagnóstico correcto ^[30]. Para monitorizar estos síntomas y evitar que se pasen por alto, el **Autocuestionario de Trastornos del Ánimo** es un instrumento validado que nos será de utilidad ^{[31] [32]}.

Una evaluación positiva del trastorno bipolar requiere que se respondan con Sí al menos siete preguntas de las 13, que al menos los sucesos hayan ocurrido de forma simultánea y que los síntomas hayan causado al menos deterioro psicosocial.

Con ayuda de este cuestionario, se realizó un estudio en la población eligiendo aleatoriamente a 711 sujetos de entre un grupo de 85 358 adultos. De esos, 695 sujetos realizaron una entrevista telefónica con preguntas del **Autocuestionario de Trastornos del Ánimo**. Los resultados mostraron una sensibilidad del 28,1% (el cuestionario identificó correctamente al 28,1% de los pacientes que sí tenían trastorno bipolar como positivo) y una especificidad del 97,2% (el cuestionario identificó correctamente al 97,2% de los pacientes que no tenían trastorno bipolar como negativo) ^[32].

Se debe realizar un diagnóstico diferencial. Se puede partir de una evaluación inicial a través del análisis de sangre para comprobar parámetros: TSH (hormona estimulante de la tiroides) para excluir hipotiroidismo o hipertiroidismo, electrolitos básicos y calcio sérico para excluir alteraciones del metabolismo, un hemograma que incluya una VSG (velocidad de sedimentación globular, para excluir una infección por sífilis o HIV. Otras pruebas son la EEG

(electroencefalometría) para excluir la epilepsia y una TAC (Tomografía axial computerizada) de cabeza para excluir lesiones cerebrales.

Hay varias enfermedades psiquiátricas que pueden presentar síntomas similares. Entre otras están la esquizofrenia (síntomas con duración mayor de 6 meses), Trastorno esquizofreniforme (síntomas con duración menor de 6 meses, pero mayor de 1 mes), intoxicación por drogas, psicosis breve inducida por fármacos y trastorno límite de la personalidad (este es importante puesto que ambos diagnósticos implican síntomas de "cambios de humor"). En el trastorno bipolar, el término se refiere a los episodios cíclicos de ánimo elevado o deprimido que dura generalmente semanas o meses. El contexto del Trastorno límite de la personalidad, el término se refiere a la marcada inestabilidad emocional y reactividad del estado de ánimo, debido a una respuesta a estresantes psicosociales externos o internos, que pueden surgir o desaparecer súbita y dramáticamente y durar segundos, minutos, horas o días. Un trastorno bipolar es generalmente más incidente sobre el sueño, el apetito, además de un estado de ánimo no reactivo ^[33].

Tratamiento

El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo, tratando los síntomas emergentes; consiguiendo en muchos casos la recuperación. Para lograrlo se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. El tratamiento se basa en el uso de fármacos estabilizadores del estado de ánimo y de diversas técnicas psicológicas, entre las que destaca la psicoeducación y la terapia interpersonal.

En cuanto al aspecto social, se debe buscar la plena integración en el entorno. Para ello es condición prioritaria la normalización del trastorno mental. La erradicación del estigma, de los estereotipos, prejuicios y rechazos con que se carga a las personas que padecen problemas de salud mental es el mejor instrumento para que la propia persona afectada reduzca sus niveles de estrés psicosocial, que en muchas ocasiones son los que le provocan los cambios de humor extremos.

En el apartado farmacológico, el pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo, como son el carbonato de litio o los antiepilépticos [ej: el ácido valproico (*Depakine*, lo toma nuestro paciente) y la lamotrigina (*Labileno*, lo toma nuestro paciente)]. Únicamente para los periodos de crisis, se administran además antipsicóticos. Los antidepresivos deben evitarse en pacientes bipolares porque aumentan la frecuencia de los ciclos y favorecen la aparición de episodios mixtos. Cuando su uso es imprescindible deben usarse solo durante las crisis y asociados a un estabilizador del ánimo ^[34].

Respecto al éxito del tratamiento del Trastorno Bipolar a largo plazo, existe un alto porcentaje de recaída. Muchas veces se debe a los siguientes comportamientos, por lo que debe evitarlos el paciente.

- La discontinuación o terminación de la medicación sin consultar con su médico; así como no seguir las dosis prescritas de los fármacos.

- El tomar drogas, tales como la cocaína, alcohol, anfetaminas u opioides. Estas tienden a empeorar los episodios.
- El dormir demasiado o muy poco. Dormir demasiado puede llevar a la depresión, mientras que el dormir muy poco puede conducir a episodios mixtos o maníacos.
- La cafeína puede causar desórdenes en el ánimo que pueden conducir a la irritabilidad, la disforia y la manía ^[35].

Manejo odontológico

Nosotros, como odontólogos podemos tratar a un paciente diagnosticado con Trastorno Bipolar de la misma manera que un paciente convencional, sin necesidad de tener consideraciones especiales debidas a dicho trastorno. Excepcionalmente, si estos están pasando en el momento de la consulta por un periodo maníaco de alta intensidad, el manejo dependerá de la actitud del paciente. Si el paciente es colaborador se puede tratar sin problemas; si el paciente es reacio al tratamiento, es preferible no tratarlo y esperar un tiempo a que el paciente supere el periodo maníaco. Pautas a tener en cuenta:

- Hablar con su psiquiatra (medicación y estado).
- Algunos pueden tener un miedo patológico a que le infectemos con el VIH, por lo que preguntarán continuamente.
- Nos pueden exigir modificar las prótesis según el estado de ánimo.
- Si hay xerostomía (por la medicación), administrar salivas artificiales y flúor tópico.

La anestesia local se realizará previa aspiración, y no se administrarán más de 0,05 mg de epinefrina al 1:100.000 (máximo tres carpules).

Discusión

En el presente trabajo, se han desarrollado dos tratamientos concretos, sin embargo, son varias las alternativas al tratamiento protésico que se plantean para la resolución de los mismos.

CASO CLÍNICO 4869

La opción elegida por el paciente consiste en la rehabilitación mediante prótesis parcial superior e inferior.

Para restablecer la función masticatoria de este paciente parcialmente edéntulo, recuperando la DVO en los sectores posteriores dado el colapso posterior que se ha producido con el paso del tiempo.

Esto implica la rehabilitación mediante la colocación de una prótesis ya sea fija sobre IOI o bien una prótesis parcial removible.

- Una de las opciones sería la colocación de Implantes en 1.2, 1.4, 1.6, 2.2, 2.4 con elevación de seno.

El paciente presenta una enfermedad periodontal, siendo un problema de salud pública que afecta a la mayoría de la población adulta después de los 35-40 años. La causa fundamental de esta patología es la placa bacteriana. A consecuencia de esto, el paciente presenta pérdida ósea vertical y horizontal. Una vez que el tratamiento periodontal ha disminuido las profundidades de sondaje, e índices de placa y sangrado, es necesario establecer un régimen estricto y periódico de mantenimiento, para evitar recidivas. La terapia profesional interceptiva de mantenimiento a intervalos regulares puede compensar en cierta medida, la falta de cumplimiento personal con los estándares de la higiene bucal ⁽³⁶⁾. En esta fase, la situación periodontal del paciente ya sería estable. Un periodonto sano será el objetivo primordial que cumplir ante cualquier intervención odontológica. Para el mantenimiento y control de la patología periodontal es fundamental llevar un control exhaustivo de la placa bacteriana mediante una correcta higiene bucal diaria, que requiere de motivación e instrucciones al paciente ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾. La técnica de cepillado más indicada para este caso es la técnica de Bass, siendo esta muy útil para la eliminación de la placa sub y supragingival, ya que está comprobado que alcanza una profundidad de hasta 0.5 mm dentro del surco. ⁽³⁷⁾. Antes de comenzar con la fase protésica, se debe llevar a cabo una reevaluación para valorar el nivel de higiene oral alcanzado por el paciente y hacer un refuerzo en la motivación e instrucciones de higiene oral. Además, debe reevaluarse la respuesta de los tejidos a los procedimientos realizados en la fase inicial ⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾.

Tras la fase higiénica debemos eliminar los dientes que no puedan ser restaurados por lo que no son mantenibles y pueden suponer un foco de infección.

Tras realizar un análisis de la OPM observamos que el hueso residual de la cresta edéntula, tiene gran pérdida de nivel óseo. Sería aconsejable la realización de un CBCT que permita una mejor reproducción de la morfología ósea existente y la medición real de las dimensiones, tanto mandibular como del seno. ⁽³⁹⁾.

Esta atrofia supone una limitación a la hora de colocar IOI que ofrezcan el soporte a la futura prótesis fija. Ya que la rehabilitación convencional mediante implantes de los maxilares

edéntulos es un tratamiento que ha demostrado una gran predictibilidad cuando el volumen de hueso es suficiente, obteniendo porcentajes de éxito entre el 84 y el 92%.⁽⁴⁰⁾

La segunda opción consistiría en la colocación de una Prótesis Parcial Removible (PPR) con Prótesis Inmediatas 1.7, 1.6, 1.4, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.5, 2.7, 2.8 es la opción escogida por el paciente y desarrollada anteriormente. (véase en la página 13-14).

Se debe realizar un seguimiento del estado periodontal, dental, oclusal, muscular y articular, clasificando al paciente según el riesgo en alguna de estas áreas. Como son pacientes con antecedentes de enfermedad periodontal, es recomendable al principio tener intervalos cortos entre cita y cita de control, para verificar que el paciente mantiene una adecuada higiene oral. El mantenimiento en este tipo de pacientes será el camino adecuado hacia un éxito a largo plazo, se debe tener presente que la vía de menor resistencia es el soporte periodontal y que la historia de la enfermedad comenzó por caries dental⁽³⁷⁾⁽³⁶⁾.

CASO CLÍNICO 5006

Ninguna de las opciones a mencionar es elegida por el paciente, puesto que éste sólo decidió hacerse la fase higiénica como la conservadora propuesta anteriormente.

- Una de las opciones de tratamiento ofrecidas consiste en la colocación de un implante en 1.6, 3.6 y Tto. Mediante corona implanto soportada de cerámica 1.6. 3.6.

Referencias bibliográficas justifican la rehabilitación dado que el espacio MD es de 13mm y el VP de 9mm, es aceptable la colocación.⁽⁴¹⁾

- Otra opción sería PPF metal-porcelana 1.7-1-6-1.5, tallando dichos dientes cumplen las condiciones para ser pilares de prótesis y con el tallado puede corregirse ligeramente la angulación de estos.⁽⁴¹⁾

OTRAS CONSIDERACIONES :

Existen diferentes antimicrobianos para tratar la EP. La clorhexidina es uno de los más indicados, teniendo en cuenta sus diferentes concentraciones y propiedades químicas. Inhibe la formación de placa, pero no reduce significativamente la placa en boca sin tratar, por lo que debe recomendarse post-tratamiento.⁽⁴²⁾

Se debe considerar que tras una extracción se produce pérdida ósea vertical y en mayor medida horizontal, según Moreno⁽⁴³⁾. La preservación alveolar debe ser un objetivo para mantener volumen óseo. Los mayores cambios se producen en el primer año post-extracción. Para algunos autores como Fickl⁽⁴⁴⁾ el levantamiento de colgajo produce más reabsorción de los tejidos que en cirugías sin colgajo. Algunos autores como Cardaropoli⁽⁴⁵⁾ sostienen que el tratamiento con

implantes inmediatos en alveolos post-extracción resultan insuficientes para evitar cambios dimensionales, sobre todo en la cresta bucal. Por ello Flick ⁽⁴⁴⁾ explica que el uso de materiales de relleno puede ayudar a prevenir el colapso del alveolo post-extracción.

Estudios justifican que no debe realizarse una prótesis si existe EP activa ⁽⁴⁶⁾, pues los pilares tendrán un grado de afectación mayor. Según Carr⁽⁴⁷⁾, Rendón⁽⁴⁸⁾ y Loza⁽⁴⁹⁾, ha de tenerse en cuenta la condición periodontal para establecer un diseño adecuado. A modo de ejemplo, la mayoría de los estudios coinciden en la ventaja de la barra lingual frente a la placa, pues ésta favorece el acúmulo de placa ⁽⁵⁰⁾.

Además el diseño incorrecto puede dar lugar a una prótesis potencialmente destructiva, por tanto la planificación debe estar a cargo del clínico quien debe ser competente para realizar diagnóstico adecuado. Una prótesis dental parcial removible, cuando es diseñada adecuadamente, es una restauración satisfactoria y puede servir como elemento para conservar las estructuras orales remanentes⁽⁵¹⁾.

Conclusiones

La adecuada recogida de datos durante la anamnesis y la exploración intra y extraoral, aplicación de conocimientos, manejo de bibliografía, exploraciones y pruebas complementarias, permiten establecer diagnósticos adecuados, planteando y discutiendo las diferentes opciones de tratamiento. Tras infecciones odontogénicas como pulpitis, absceso periapical, gingivitis ulcero necrotizante, pericoronaritis, periimplantitis y periodontitis es necesario la administración de fármaco antibiótico para su tratamiento.

En pacientes con EP, podemos suspender los factores predisponentes como el tabaco, control de placa, el uso de antimicrobianos y la clorhexidina para un mayor índice de éxito en pacientes que requieran tratamiento de la EP

En procedimientos como la exodoncias, conlleva un proceso de cicatrización, desinflamación y pérdida de volumen ósea posterior. La presencia de EP ha de considerarse para la confección de una PR, con lo que dependerá en gran medida la vitalidad de las estructuras de soporte.

La funcionalidad será restaurada en el paciente parcialmente edéntulo a través de las distintas opciones protésicas existentes. Éstas deben de tener como objetivos: la estética, el éxito y la supervivencia a largo plazo.

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios notorios en el humor, pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Suele aparecer a los 20 años o después de un parto, y las personas diagnosticadas con este trastorno tienen un riesgo de mortalidad por suicidio mucho mayor que en la población general. Dentro del cuadro clínico, coexisten el periodo depresivo y el periodo maníaco, y estos se van alternando, aunque pueden producirse simultáneamente creando un periodo mixto.

Para el diagnóstico del trastorno bipolar, es de gran utilidad el Autocuestionario de Trastornos del Ánimo, además de un correcto diagnóstico diferencial.

Dentro del manejo odontológico, podremos tratar a estos pacientes sin grandes consideraciones especiales por padecer Trastorno Bipolar.

El estudio multidisciplinar de cada uno de los casos es indispensable para poder ofrecer al paciente distintas alternativas terapéuticas que permitan restablecer la salud, funcionalidad y estética dental.

Bibliografía

1. Fuente-Hernández J., Sumano Moreno O., Sifuentes Valenzuela MC., Zelouatecatl Aguilar A.. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010; 29(63): 83-92.
2. Peña C. Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano. Gaceta dental. 2012; 239: 121.
3. Shalu R, Mandeep K, Sumit G, Puneet B. Moral and professional responsibility of oral physician toward geriatric patient with interdisciplinary management – The time to act is now! J mid-life health. 2011; 2 (1): 18-24.
4. Yeh CK., Katz MS, Saunders MJ. Geriatric dentistry: Integral component to geriatric patient care. Taiwan Geriatr Gerontol. 2008; 3(3): 182-192.
5. Petersen P. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31 (1): 3-5.
6. OMS. Informe mundial sobre de las enfermedades bucodentales. Ginebra; 2004.
7. Bagán JV. Medicina Bucal. 4º ed. Valencia: Medicina Oral SL; 2011.
8. Cardaropoli G, Araújo M, Lindhe J. Dynamics of bone tissue formation in tooth extraction sites. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol. 2003; 30: 809-818.
9. Calzadilla A, Méndez LD. Diagnóstico de salud bucal. Rev Cub Estomat. 1996. 33(1): 5-11.
10. Cárdenas AP, Aguilera FS. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. 1º ed. Madrid: Paraninfo; 2007.
11. Fradeani M. Esthetic rehabilitation in fixed prosthodontics. 1º ed. Chicago: Quintessence Pub Co; 2004.
12. Shillingburg HT, et al. Fundamentos esenciales en prótesis fija. 3ª ed. Barcelona: Quintessence; 2000.
13. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5º ed. Puerto Rico: Médica Panamericana; 2009.
14. Donado M. Cirugía bucal. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2013.
15. Canut Brusola JA. Ortodoncia clínica. 1º ed. Barcelona: Salvat; 1992.
16. Proffit WR. Ortodoncia teoría y práctica. 2º ed. Madrid: Mosby; 1994.
17. Barbieri G, Vignoletti F, Barbieri G, Costa LA, Cabello G. Pronóstico de un diente. Period y osteoint. 2012; 22 (4): 301-320.
18. Villagrana C, et al. Terapia antibiótica en odontología de práctica general. ADM 2012; 69(4): 168-175.
19. Morillo JM, Pajares Y. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. 1ª ed. España: McGraw Hill; 2011.
20. Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken. Prótesis parcial removible. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
21. Rendón R. Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. 1º ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
22. Loza D. Diseño de prótesis parcial removible. 1ª ed. Madrid: Ripano S.A.; 2006.
23. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5º ed. Barcelona: Elsevier España; 2003.

24. Vertucci FJ. Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures. *Endodontic Topics* 2005; 10:3-29.
25. Gay C, Berini L. Cirugía bucal. 1ª ed. Madrid: Ergon; 1999.
26. The Conolly KR, Thase ME. The Clinical Management of Bipolar Disorder: A Review of Evidence-Based Guidelines. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2011; 13(4): PCC.10r01097. doi: 10.4088/PCC.10r01097.
27. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar 2012. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
28. Leslie Citrome, MD, MPH; Joseph F. Goldberg, MD. Bipolar disorder is a potentially fatal disease.
29. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E (April 2016). "Bipolar disorder". *Lancet.* 2016 Apr 9;387(10027):1561-72. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X. Epub 2015 Sep 18.
30. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatr Serv.* 2001;52(1):51-55.
31. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry.* 2000;157(11):1873-1875.
32. Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry.* 2003;160(1):178-180.
33. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression 2nd Edición, Kindle Edition (2006). p108-110.
34. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *Lancet.* 2013 May 11; 381(9878): 10.1016/S0140-6736(13)60857-0. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60857-0.
35. Roger S. McIntyre, MD, Joanna K. Soczynska, Jakub Konarski. "Bipolar Disorder: Defining Remission and Selecting Treatment" Vol. XXIII, No. 11 (2006).
36. Cabello Dominguez G. et al. Puesta al día en periodoncia. *Periodoncia y Osteointegración.* 2015; 15(2). Fasc. 9: 93-110.
37. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª ed. Puerto Rico: Médica Panamericana; 2009.
38. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevod PR. Carranza: Periodontología clínica. 10ª ed. McGraw-Hill; 2010.
39. Jiménez Guerra A., Monsalve Guil L., Ortiz García I., España López A., Segura Egea J.J., Velasco Ortega E. La elevación del seno maxilar en el tratamiento con implantes dentales: un estudio a 4 años. *Avances en Perio.* 2015 Dic; 27(3): 145-154.
40. Sorní M., Guarín J., García O., Peñarrocha M.. Implant rehabilitation of the atrophic upper jaw: A review of the literature since 1999. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005; 10(11): 45-56.
41. Shillingburg HT, et al. Fundamentos esenciales en prótesis fija. 3ª ed. Barcelona: Quintessence; 2000.
42. Bascones A, Mudarra S, Perea E. Antisépticos en el tratamiento de la enfermedad periodontal. *Av Periodon Implantol.* 2002; 14(3): 101-114.
43. Moreno CS. Tratamiento del alvéolo posextracción. Revisión de la literatura actual. *Rev Esp Odontoestomatol Impl* 2009; 17(1): 7-17.
44. Fickl S, et al. Hard tissue alterations after socket preservation: an experimental study in the Beagle dog. *Clin Oral Impl Res* 2008; 19: 1111-1118.

45. Cardaropoli G, Araújo M, Lindhe J. Dynamics of bone tissue formation in tooth extraction sites. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol. 2003; 30: 809-818.
46. Davenport J, Basker R, Heath J, Ralph J, Glantz P, Hammond P. Types and functions of Connectors for RPD. British Dental J 2001; 190: 184-191.
47. Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken. Prótesis parcial removible. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
48. Rendón R. Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
49. Loza D. Diseño de prótesis parcial removible. 1ª ed. Madrid: Ripano S.A.; 2006.
50. Sánchez AE. "Consideraciones periodontales en el diseño de prótesis parciales removibles" Acta Odontol Venez 1999; 37: 50-63.
51. Giraldo OL. Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2008; 19 (2): 80-88.



**Universidad
Zaragoza**

ANEXOS

PARA COMPLEMENTAR LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

ANEXO 1. FOTOGRAFÍAS. ANÁLISIS ESTÉTICO FACIAL.



Ilustración 1. Frontal reposo



Ilustración 2. Frontal sonrisa.



Ilustración 3. Perfil reposo.



Ilustración 4. Perfil sonrisa.



Ilustración 5. Tres cuartos reposo.



Ilustración 6 tres cuartos sonrisa.



Ilustración 7. Quintos faciales.

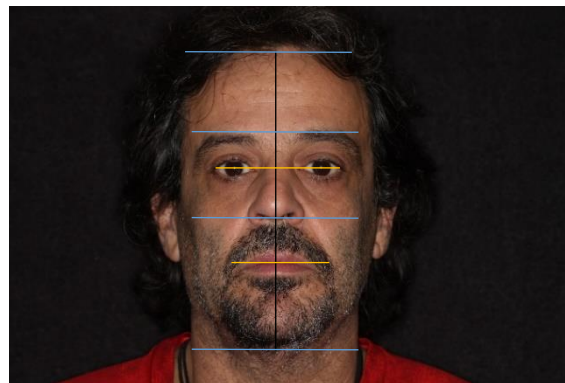


Ilustración 8. Tercios faciales.



Ilustración 9. Análisis perfil I.



Ilustración 10. Análisis perfil II.

ANEXO 4. FOTOGRAFÍA INTRAORALES



Ilustración 11. Frontal en oclusión.



Ilustración 12. Frontal entreabierto.



Ilustración 13. Lateral derecho.



Ilustración 14. Lateral izquierdo.



Ilustración 15. Arcada superior.



Ilustración 16. Lateral izquierdo.



Ilustración 19. Frontal



Ilustración 17. Lateral derecho



Ilustración 18. Arcada inferior.



Ilustración 20. Frontal en oclusión.

ANEXO 5. HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN DE LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES.

DATOS PERSONALES

| | |
|---------------------|----------------------|
| Apellidos y nombre: | |
| DNI: | Fecha de nacimiento: |
| Peso: | Alergias: |
| Profesión: | Tlf/mvl: |
| Dirección: | |

MOTIVO DE CONSULTA

| |
|--|
| |
|--|

CUESTIONARIO DE SALUD

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Presenta dificultad o dolor al abrir la boca? (ej: bostezar) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se le queda la mandíbula bloqueada o salda? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene dificultad y/o dolor al masticar/hablar o utilizar la mandíbula? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Nota algún tipo de ruido en las articulaciones mandibulares? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Suele sentir rigidez, tirantez o cansancio a nivel facial? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene usted dolor en los oídos o alrededor de ellos o en las mejillas? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Padece con frecuencia cefaleas, dolor de cuello o dental? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha sufrido recientemente algún traumatismo facial o cervical? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha observado recientemente algún cambio en su mordida? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha recibido tratamiento anteriormente por algún dolor facial inexplicable? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

ANAMNESIS DE DOLOR OROFACIAL

| I. Manifestación principal |
|---|
| 1. Localización del dolor: |
| 2. Comienzo del dolor (¿a qué lo atribuye o asocia?): |
| 3. Características del dolor (descripción): |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de dolor: <input type="checkbox"/> vivo <input type="checkbox"/> sordo • Comportamiento del dolor: <ul style="list-style-type: none"> - Cronología: <input type="checkbox"/> continuo <input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> recurrente - Duración: <input type="checkbox"/> momentáneo <input type="checkbox"/> prolongado - Localización: <input type="checkbox"/> localizado <input type="checkbox"/> difuso <input type="checkbox"/> radiante <input type="checkbox"/> lacinante <input type="checkbox"/> migratorio • Intensidad del dolor: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso • Síntomas concomitantes: <input type="checkbox"/> sensitivos <input type="checkbox"/> motores <input type="checkbox"/> vegetativos • Evolución del dolor: <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> paroxístico |

| |
|--|
| 4. Factores que agravan o mitigan el dolor: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> función y parafunción. <input type="checkbox"/> modalidades físicas (frío/ calor) <input type="checkbox"/> mediaciones <input type="checkbox"/> tensión emocional <input type="checkbox"/> calidad del sueño <input type="checkbox"/> demandas judiciales |
| 5. Consultas o tratamientos anteriores: |
| 6. Relación con otras manifestaciones dolorosas: |
| II. Antecedentes médicos |
| |
| III. Exploración de sistemas |
| |
| IV. Valoración psicológica |
| |

EXPLORACIÓN CLÍNICA

| | |
|---|--|
| I. Exploración de los pares craneales | |
| 1. Nervio olfatorio (I). Reconoce: <input type="checkbox"/> menta <input type="checkbox"/> vainilla <input type="checkbox"/> chocolate Presenta obstrucción nasal: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 2. Nervio óptico (II). Lectura correcta de frases: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Visión periférica: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 3. Nervio ocular común, patético y ocular externo (III, IV y VI). Pupilas del mismo tamaño y redondas: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Acomodación del ojo: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Reflejo consensual: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 4. Nervio trigémino (V): Sensaciones parecidas en frente, mejilla y mandíbula con algodón: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Contracción similar con palpación bilateral de musculatura: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 5. Nervio facial (VII): Diferencia sal y azúcar (sensitivo): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Asimetría al mover cejas, sonreír, exponer dientes (motor): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 6. Nervio acústico (VIII): Alteración en postura erecta o equilibrio: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 7. Nervios glosofaríngeo y vago (IX y X): Elevación simétrica de paladar (Ahhhh): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Reflejo faríngeo correcto al tocar ambos pilares: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 8. Nervio espinal o accesorio (XI). Anormalidad al elevar brazo >90° (fibras ECM y trapecio): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 9. Nervio hipogloso (XII). Desviación al sacar la lengua: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |

| II. Exploración cervical | | | |
|--|---|---------------------------|---|
| Rotación de cabeza de al menos 70°: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Dolor en este movimiento: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Movimiento de extensión de al menos 60°: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Dolor en este movimiento: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Movimiento de flexión de al menos 45°: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Dolor en este movimiento: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Movimientos inclinados dcha/izda de 40°: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Dolor en este movimiento: | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |

EXPLORACIÓN NEUROMUSCULAR

| 1. Palpación | |
|--|--|
| Dolor a palpación: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Molestias: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Nivel de dolor: <input type="checkbox"/> 0-no dolor <input type="checkbox"/> 1-sensibilidad <input type="checkbox"/> 2-dolor manifiesto <input type="checkbox"/> 3-dolor no soportable | |
| 2. TEMPORAL | |
| Palpación de región anterior (encima arco cigomático), posterior (encima y detrás de la oreja) y media (encima de la ATM). Exploración intraoral del tendón temporal. Correcto: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| Punto gatillo: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no → Lugar: | |
| 3. MASETERO | |
| Palpar inserción superior e inferior. Correcto: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 4. ECM | |
| Palpar inserción superior (mastoides) e inferior (clavícula). Correcto: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 5. CERVICALES POSTERIORES | |
| Refiere dolor en área frontal: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| 6. PTERIGOIDEO EXTERNO INFERIOR | |
| El dolor aumenta con la protusiva: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| El dolor aumenta en PIC: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| El dolor remite con depresor lingual entre ambas arcadas: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| 7. PTERIGOIDEO EXTERNO SUPERIOR | |
| El dolor aumenta en PIC: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| El dolor aumenta con depresor lingual entre ambas arcadas: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| Dolor al abrir la boca: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <u>no</u> → si no existe dolor causa pterigoideo externo superior | |
| 8. PTERIGOIDEO INTERNO | |
| El dolor aumenta en PIC: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| El dolor aumenta con depresor lingual entre ambas arcadas: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no | |
| Dolor al abrir la boca: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no → si existe dolor causa pterigoideo interno | |
| Si depresor lingual en lado afectado remite dolor → causa dolor intracapsular. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| Si depresor lingual en lado afectado no remite dolor → causa dolor pteriginterno. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |

| | |
|---|---|
| DISTANCIA INTERINCISIVA MÁXIMA (normalidad: 53 y 58mm) | |
| Apertura cómoda máxima: | Apertura máxima real: |
| Si ambas aperturas coinciden no hay dolor | |
| END FEEL | |
| Indicarlo cuando apertura máxima está disminuida. Si blando → producido por músculos. Si es duro → producido por problemas intracapsulares. | |
| <input type="checkbox"/> blando <input type="checkbox"/> duro | |
| TRAYECTORIA EN APERTURA | |
| Desviación: desplazamiento que desaparece al continuar el movimiento | |
| Desviación derecha: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Desviación izquierda: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Deflexión: desplazamiento que aumenta al abrir la boca | |
| <input type="checkbox"/> Limitaciones extracapsulares: | |
| <input type="checkbox"/> Se producen con espasmos y dolor de músculos elevadores. | |
| <input type="checkbox"/> No se produce en lateralidad ni en protusiva. | |
| <input type="checkbox"/> Si el músculo causante está externo a la articulación: DEFLEXIÓN HOMOLATERAL | |
| <input type="checkbox"/> Si el músculo causante está interno a la articulación: DEFLEXIÓN CONTRALATERAL | |
| <input type="checkbox"/> Limitaciones intracapsulares: no suele existir dolor, sino resistencia a la apertura. | |

EXPLORACIÓN ATM

| |
|---|
| Dolor con palpación digital: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Dolor en parte posterior del cóndilo en máxima apertura: <input type="checkbox"/> <u>si</u> <input type="checkbox"/> no Si dolor sospecha de retrodiscitis o capsulitis posterior |
| Dolor en apertura y cierre: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Clicks- crepitaciones: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Distancia interincisal en el momento del clicks: |

ANEXO 6. CRITERIOS PARA EL ÍNDICE DE PLACA DE LÖE Y SILNESS

| Características | |
|-----------------|--|
| 0 | No hay placa. |
| 1 | No hay placa a simple vista. Hay placa cuando se realiza el pasaje de sonda por el área <u>dentogingival</u> . |
| 2 | Hay placa bacteriana a simple vista. |
| 3 | Hay placa bacteriana a simple vista rodeando el diente, incluso por espacios interdientales. Puede haber cálculos. |

ANEXO 7. ORTOPANTOMOGRAFÍA.



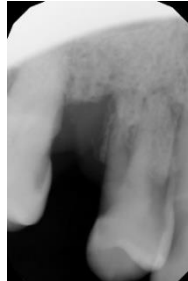
ANEXO 8. SERIE PERIAPICAL



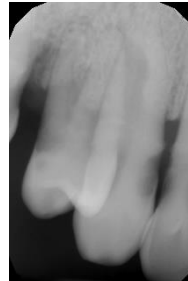
*Ilustración 21.
Pieza 17*



*Ilustración 22.
Pieza 16*



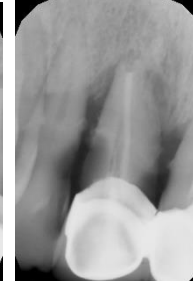
*Ilustración 23.
Pieza 14*



*Ilustración 24.
Pieza 13*



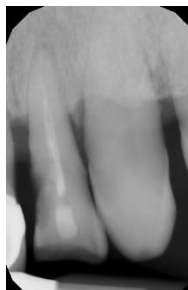
*Ilustración 25.
Pieza 12*



*Ilustración 26.
2Pieza 11*



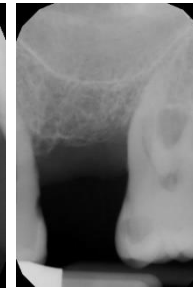
*Ilustración 127
Pieza 11y 21*



*Ilustración 28.
Pieza 23 y 22*



*Ilustración 29.
Pieza 25*



*Ilustración 30.
Pieza 27*



*Ilustración 31.
Pieza 28*



*Ilustración 32. Pieza
48*



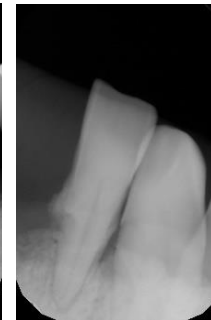
*Ilustración 33. Pieza
45*



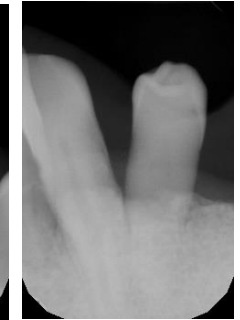
*Ilustración 34. Pieza
44 y 43*



*Ilustración 35. Cresta
ósea del 43 al 32*



*Ilustración 36. Pieza
32*



*Ilustración 37. Pieza
32 y 33*

ANEXO 9. CLASIFICACIÓN ASA.

ASA I : paciente sano sin alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. Proceso patológico por el que se realiza la intervención es localizado y no produce alteración sistémica.

ASA II : Alteración sistémica leve, moderada, no grave producida por el proceso por el que se interviene o por otra patología. Entre sus características encontramos:

- Fumador.
- Hipertensión controlada.
- DM controlado.
- Obesidad leve.
- Asma bronquial.
- Anemia.

ASA III : Alteración sistémica grave o enfermedad de cualquier etiología, con importante afectación sistémica, que limita su actividad pero no es incapacitante.

- Angor.
- Obesidad.
- Estado postIAM.
- Asma, EPOC, BONO.
- HTA no controlada.

ASA IV : Alteración sistémica grave que amenazan la vida del paciente con afectación sistémica incapacitante:

- Angor inestable.
- ICC.
- Enfermedad respiratoria incapacitante.
- Fallo hepatorrenal.

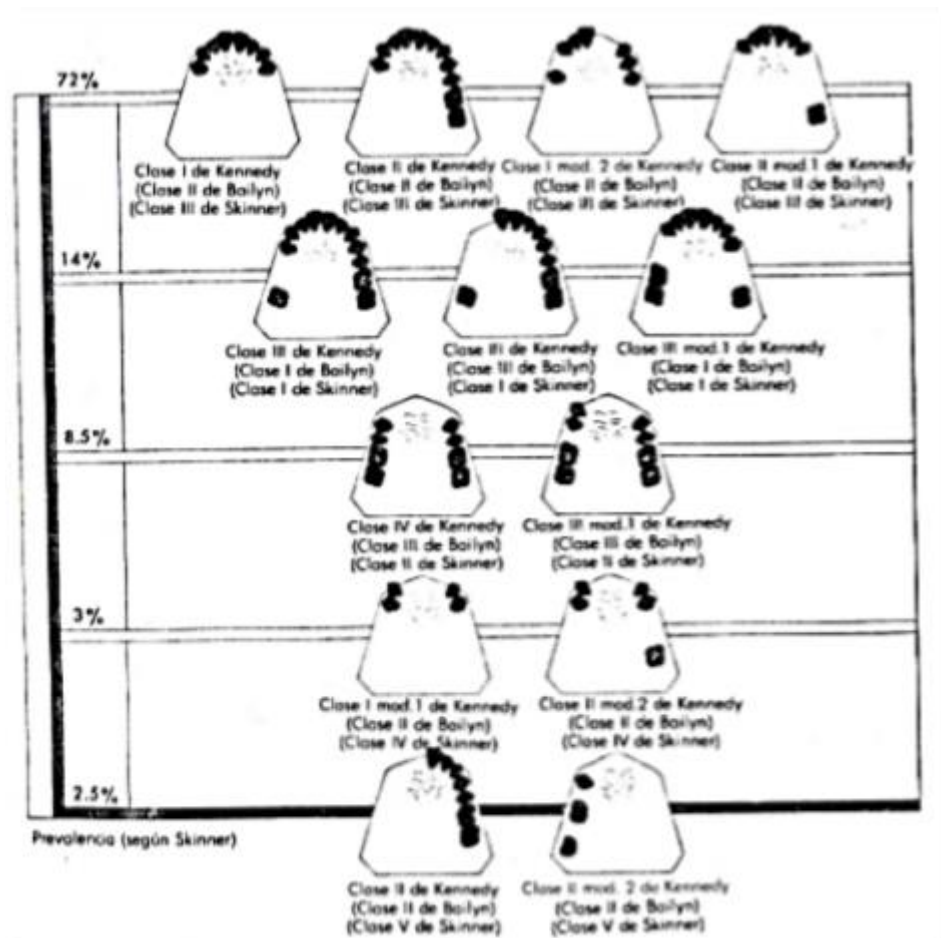
ASA V : paciente moribundo, sin expectativas de supervivencia en las próximas 24 horas, se aplique o no el procedimiento quirúrgico.

ASA VI : paciente donante de órganos para trasplante, en estado de muerte cerebral.

ANEXO 10. CLASIFICACIÓN DE DEFECTOS DEL REBORDE ALVEOLAR. SEIBERT 1883

| | |
|-----------|---|
| Clase I | Perdida de tejidos en dirección vestibulolingual (grosor); Altura normal en la dirección vestibulolingual |
| Clase II | Perdida de tejido en dirección apicocoronaria (altura); Anchura normal en la dirección vestibulolingual. |
| Clase III | Combinación de las clases I y II; es decir, pérdida de altura y de espesor |

ANEXO 11. CLASIFICACIÓN DE REBORDES EDÉNTULOS DE KENNEDY, BAILYN Y SKINNER.



ANEXO 12. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES CARIOSAS DE BLACK.

CLASE I : superficies oclusales, superiores e inferiores de dientes posteriores (premolares y molares).

Clase II : superficies oclusales y caras interproximales, superiores e inferiores, de dientes posteriores (premolares y molares).

CLASE III : superficies interproximales, superiores e inferiores, de dientes anteriores (caninos e incisivos). Normalmente se producen por no pasar el hilo dental.

CLASE IV : superficies incisales, superiores e inferiores, de dientes superiores e inferiores.

CLASE V : a nivel del cuello del diente, vestibular o lingual, superiores e inferiores.

CLASE VI : pequeñas lesiones cariosas en puntos de cúspides de molares.



ANEXO 13. PRONÓSTICO INDIVIDUALIZADO DE UN DIENTE. CLASIFICACIÓN DE CABELLO Y COL 2005.

| BUENO | CUESTIONABLE | NO MANTENIBLE |
|---|--|--|
| Todos aquellos dientes que no se encuentran dentro de las otras categorías. | <p>a) Por criterios periodontales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Furca de grado II o III Defectos angulares profundos Defectos horizontales de más de 2/3 de la longitud de la raíz <p>b) Por criterios endodóncicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infraobtusión del canal tras terapia endodóncica Patología periapical Postes y pernos de gran tamaño (cuando se requiere retratamiento endodóncico) <p>c) Por criterios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caries radicular profunda o en la zona de la furcación | <p>a) Por criterios periodontales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abscesos de repetición Lesiones endoperiodontales complejas Pérdida de inserción hasta el ápice <p>b) Por criterios endodóncicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perforaciones del canal radicular en el tercio medio <p>c) Por criterios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fracturas horizontales complejas o fracturas verticales Caries en canal radicular Preferentes de exodoncia: 3^{er} y 2^{er} molares no funcionales (sin antagonista) con profundidad de sondaje > 6 mm en distal del molar que le precede |

ANEXO 14. CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE HTA EN ADULTOS.

| Categoría | PAS mmHg | PAD mmHg |
|--------------|----------|----------|
| Óptima | < 120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Alta | 130-139 | 85-89 |
| HIPERTENSIÓN | | |
| Estadio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Estadio 2 | 160-179 | 100-109 |
| Estadio 3 | 180-209 | 110-119 |

ANEXO 15. RECOMENDACIONES POST-RASPADO Y ALISADO RADICULAR.

Tras el RAR se puede apreciar ciertos cambios en sus encías y dientes, como:

- Sensibilidad al frío, que suele remitir tras algunos días de forma espontánea. Si no es así, consultar a su odontólogo para la recomendación de algún producto para solucionar el problema.
- Los dientes pueden parecer un poco más largos y más móviles, porque al desaparecer la inflamación, la encía pierde un poco de volumen.
- Muy raras veces, aparece una reacción aftosa bastante molesta. Las aftas o llagas tienen un tiempo de evolución de 7-14 días, pero podemos darle tratamiento para acelerar la evolución.

Recomendaciones:

- Puede realizar una dieta normal cuando hayan pasado los efectos anestésicos.
- Si tiene alguna molestia el mismo día de la intervención, suele desaparecer con cualquier analgésico que tome habitualmente (paracetamol, ibuprofeno). No tome aspirina ni ningún compuesto que contenga ácido salicílico.
- Puede realizar el cepillado y la limpieza interproximal de forma normal el mismo día del RAR.

Debe tener en cuenta:

- En bolsas o defectos óseos profundos, el RAR no suele ser suficiente para controlar la enfermedad y será necesario realizar una fase correctiva periodontal.
- El tratamiento periodontal es efectivo para detener la progresión de la enfermedad periodontal, aún así, las bacterias tienden a recolonizar las bolsas y es necesario un tratamiento de mantenimiento periodontal.

En algunas ocasiones, a pesar del tratamiento, no se consigue el control total de la enfermedad y en este caso la enfermedad avanza, aunque de forma más lenta que sin tratamiento. Esto puede ocurrir en : formas muy agresivas de enfermedad periodontal como las que aparecen en niños y adultos jóvenes, fumadores de más de un paquete al día o que no cumplen correctamente las recomendaciones dadas por el profesional y pacientes con enfermedades graves o que toman ciertos medicamentos.

ANEXO 16. FOTOGRAFÍAS DEL PROCESO DE EXODONCIAS.

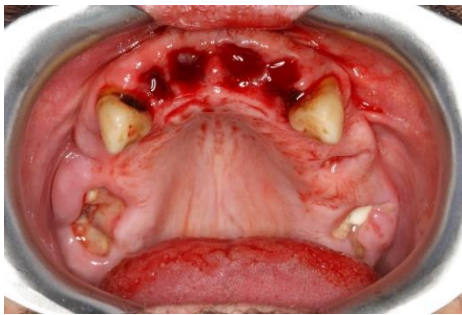


Ilustración 38. Exodoncias 12,11,21,22



Ilustración 39. Exodoncias 12,11,21,22

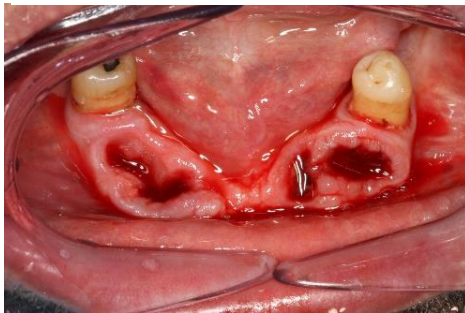


Ilustración 40 Exodoncias 33,34 43,44



Ilustración 41 Exodoncias 33,34 43,44



Ilustración 42 Exodoncias 28, 27, 25, 17, 16, 14

ANEXO 17. RECOMENDACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

En la cirugía oral se produce una manipulación de la encía y frecuentemente del hueso, por lo que es habitual la existencia de inflamación postoperatoria de intensidad variable.

Su aparición no es motivo de alarma y lo normal es que empiece a disminuir después de la intervención o a partir del tercer día. Durante las primeras 48 horas es frecuente edema o inflamación, hematoma, sangrado, limitación de la apertura oral y fiebre ligera. Para acelerar su recuperación y prevenir posibles complicaciones es importante que siga las siguientes recomendaciones:

1. Morder durante 1 hora la gasa colocada tras la intervención. Durante ese mismo día, no se enjuague la boca con nada, no escupa y tome todos los alimentos líquidos y fríos.
2. Al llegar a casa, aplicar hielo por fuera de la zona intervenida durante 5-10 minutos y descansando otros 5-10 minutos durante las primeras 6 horas después de la intervención.
3. Se le recomienda dormir las dos primeras noches con la cabeza elevada.
4. Si se produce algún sangrado en la zona de la intervención, no se alarme. Es importante que no escupir, ni enjuagarse con nada, debe morder otra gasa o algodón secos durante 12 horas.
5. A la mañana siguiente, puede comenzar a comer lo que pueda, sin ser alimentos calientes ni duros.
6. Tener rigurosa higiene oral y enjuagarse con agua salada (una cucharada de sal en un vaso de agua templada) o bien agua de manzanilla varias veces al día hasta que cicatrice la herida. Puede cepillarse y usar dentífrico, excepto en la zona donde se ha intervenido.
7. Antes de abandonar la consulta, se le informará sobre el tipo de puntos empleados en su intervención, con la finalidad de informar si éstos se caen solos o deben retirarse.
8. Es peligroso fumar durante los primeros 5 días tras la intervención.
9. Ante cualquier eventualidad inesperada puede contactar con la clínica.
10. Tome la medicación prescrita.
11. Evitar la exposición prolongada al calor.

ANEXO 18. FOTOGRAFÍAS PROCEDIMIENTO PROTÉSICO.

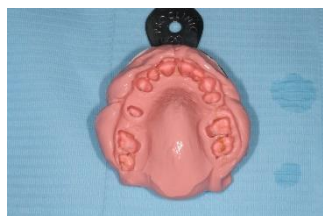
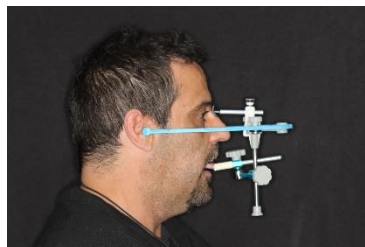
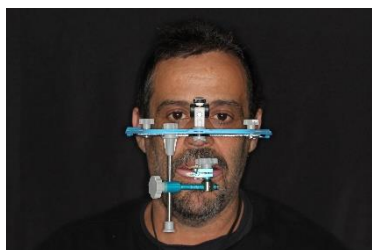




Ilustración 43 Prótesis superior



Ilustración 44 Prótesis superior



Ilustración 45 Prótesis superior



Ilustración 46. Prótesis inferior



Ilustración 474 Frontal en oclusión



Ilustración 48. 5 Lateral derecho



Ilustración 49. Lateral izquierdo

ANEXO 19. OBTURACION 1.3



Ilustración 50. Obturación 1.3



Ilustración 51. Obturación 1.3



Ilustración 52. Obturación 1.3



Ilustración 53. Obturación 1.3



Ilustración 54. Obturación 1.3



Ilustración 55. Obturación 1.3

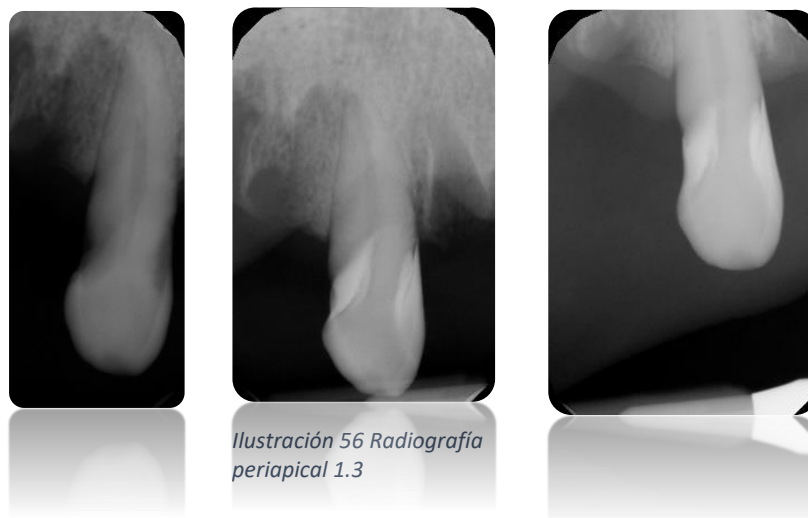


Ilustración 56 Radiografía periapical 1.3



Ilustración 6 Ortopantomografía final.

ANEXO 20. FOTOGRAFÍAS EXTRA E INTRAORALES.



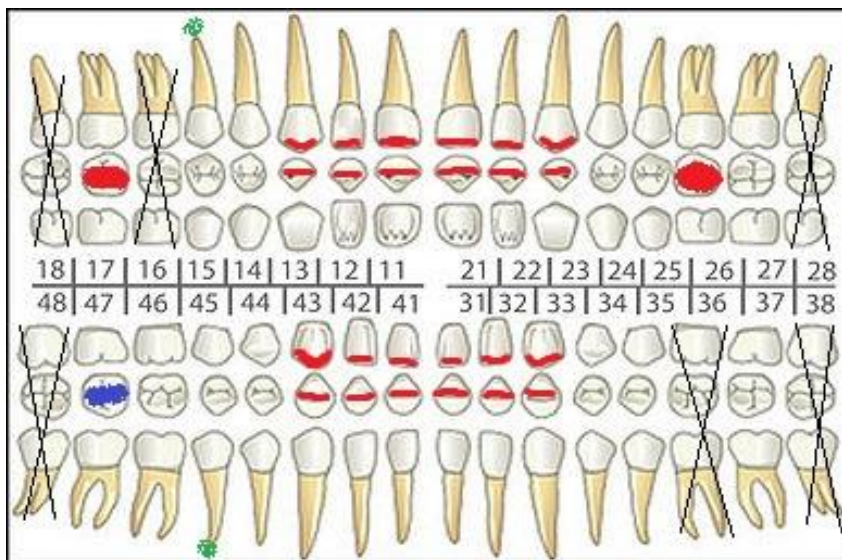
Ilustración 57. 7 Frontal serio.



Ilustración 58. Frontal sonrisa.



ANEXO 21. ODONTOGRAMA Y ORTOPANTOMOGRAFÍA.



ANEXO 22. FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO. OBTURACIÓN DEL 1.7 CLASE II.



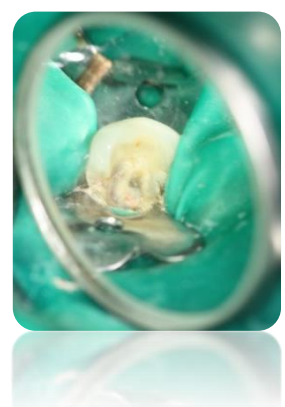
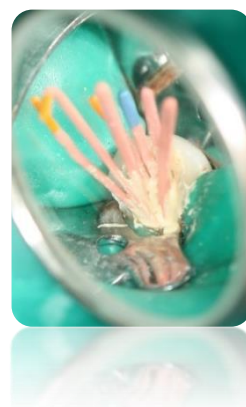
ANEXO 23. OBTURACIÓN DEL 2.6 CLASE II.

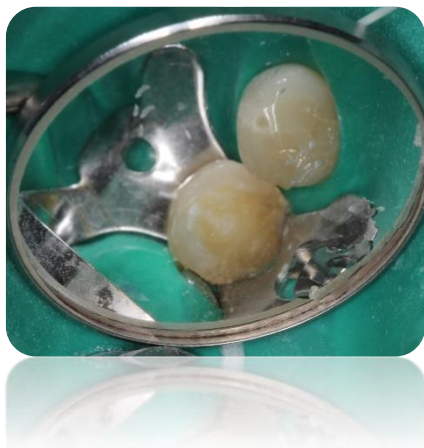




ANEXO 24. ENDODONCIA Y OBTURACIÓN DEL 4.5







ANEXO 25. LOCALIZACIÓN DE LOS CONDUCTOS DEL 1.5.

